ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE RENE-DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE
NECKER-ENFANTS-MALADES

89

Année 1972 N° .....

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GÉRARD-ALAIN CHAMPAGNAC

né le 7 février 1946, à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine)

Présentée et soutenue publiquement, le 1972

LES PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES D'UNE CONSULTATION DE PARASITOLOGIE

Président : **M. BRUMPT,** *Professeur*

La Technique du Livre — PARIS

ACADEMIE DE PARIS
UNIVERSITE RENE-DESCARTES

FACULTÉ DE MÉDECINE
NECKER-ENFANTS-MALADES

Année 19..... N° .....

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GÉRARD-ALAIN CHAMPAGNAC

né le 7 février 1946, à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine)

Présentée et soutenue publiquement, le ..... 19.....

LES PROBLEMES RHUMATOLOGIQUES D'UNE CONSULTATION DE PARASITOLOGIE

Président : **M. BRUMPT,** *Professeur*

La Technique du Livre — PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Monsieur le Professeur L. BRUMPT,

Professeur de la Faculté de Médecine de PARIS,
Titulaire de la Chaire de Pathologie Exotique
et Médecine Tropicale,

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il veuille trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur BARBIER,

Chef du Service de Parasitologie et de Pathologie Exotique de l'Hôpital International de l'Université de PARIS,

qui m'a confié le sujet de cette thèse et m'a apporté son aide dans son élaboration.
En témoignage de ma sincère reconnaissance.

A mes parents,

A ma famille,

A mes amis,

En témoignage de mon affection.

INTRODUCTION

Le brassage de population lié à l'amélioration des moyens de communications et à l'immigration des travailleurs africains a donné un essor à la pathologie exotique en France.

On rencontre de nos jours fréquemment les multiples aspects des affections tropicales parasitaires et en particulier leur manifestations ostéo-articulaires.

Le contraste entre la fréquence des consultations en parasitologie motivées par des manifestations d'ordre rhumatologique et la rareté et l'ancienneté de la littérature à ce sujet, nous a incité à faire le point de la question.

Les manifestations rhumatologiques auxquelles sont confrontés les parasitologues ont deux origines distinctes :

1° les manifestations ostéo-articulaires des parasitoses ;

2° la pathologie rhumatologique métropolitaine.

Après un rappel des parasitoses pouvant présenter des manifestations rhumatologiques, nous illustreront ces deux aspects par l'exposé d'observations récentes relevées à la consultation de parasitologie de l'H.I.U.P.*

* Chef de service Dr BARBIER.

METHODE DE TRAVAIL

Nos consultants présentant des manifestations ostéo-articulaires ont deux provenances :

1° Ce sont des étrangers, africains le plus souvent, originaires d'un pays endémique. En France pour leurs études, ils consultent en parasitologie, soit qu'ils soient déjà parasités, soit que leur origine les ait fait adressés à ce service lors d'une consultation en médecine générale.

2° Ce sont des Français ayant fait un séjour en zone d'endémie pour leur obligations professionnelles ou pour des motifs d'ordre touristique et qui viennent tirer au clair un problème survenu pendant leur séjour ou au décours immédiat de celui-ci.

Nous pratiquons chez eux :

A) un bilan parasitaire comportant :

— un examen clinique, un interrogatoire attentif, s'attachant à obtenir une description rigoureuse, chronologique, des antécédents, des lieux de séjour, des manifestations motivant la consultation ;

— un bilan biologique comportant :

NFS à la recherche d'une hyperéosinophilie ;

VS, électrophorèse des protides ;

un examen parasitologique des selles et des urines, une biopsie rectale, une électrophorèse de l'hémoglobine chez les sujets de couleur ;

éventuellement suivant le lieu du séjour : goutte épaisse, leucoconcentration et biopsie exsangue à la recherche de microfilaires ;

— une étude immunologique comportant :

a) réaction péricercarienne de Vogel et Minning ;

b) test d'immunodiffusion et analyse immunoélectrophorétique ;

c) réaction de déviation du complément ;

d) réaction d'hémagglutination ;

e) réaction d'immunofluorescence
n'est demandée que si la recherche figurée du parasite est restée négative.

B) un bilan rhumatologique comportant :

— dosage de la fibrine, des antistreptolysines dans le sang ;

— réaction de Waaler-Rose, test au latex, recherche d'anticorps anti ADN ;

— Radiographies des articulations.

Ce bilan n'est pas limitatif, il est adapté en fonction de chaque cas. Il n'est pas toujours complet, car ces patients ne sont pas tous assurés sociaux, la précarité de leurs ressources nous fait restreindre nos investigations.

RAPPEL DES ATTEINTES OSTEO-ARTICULAIRES PARASITAIRES

A) **LES ARTHRITES A PROTOZOAIRES**

Elles sont rares ou frustes. Elles peuvent être observées dans :

1° Le paludisme.

L'accès palustre peut s'accompagner d'arthralgies.

Des arthralgies existent aussi en phase d'invasion ou dans la forme chronique.

2° La trypanosomiase.

Il existe parfois des douleurs et une inflammation des extrémités au cours de la trypanosomiase africaine.

3° L'amibiase.

Quant au rhumatisme amibien qui serait caractérisé par des arthrites inflammatoires des petites articulations du sujet jeune, peu de temps après une amibiase intestinale ou par des arthropathies dégénératives des vieilles amibiases du sujet âgé, son existence est contesté.

La fréquence de l'amibiase, le manque de spécificité des manifestations rhumatismales plaideraient plutôt en faveur d'une coïncidence que d'une relation de cause à effet entre les deux termes.

B) **LE « RHUMATISME » HELMINTHIQUE**

1° La cysticercose.

La cysticercose peut provoquer des manifestations rhumatismales allergiques cédant à l'extirpation des cysticerques agissant comme une infection focale.

2° La schistosomiase.

La schistosomiase peut s'accompagner d'arthralgies et de myalgies.

C) LES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DES FILARIOSES

La première observation de dracunculose due à BERENGER et PERARD date de 1860. Il s'agissait d'une arthrite septique du genou.

En 1864, JOUBERT soutient sa thèse sur « Remarques sur le dragonneau ». Il y rapporte un cas d'arthrite fistulisée.

En 1923, OUDARD, PLOYE et JEAN signalent les arthrites aseptiques de la dracunculose à propos de cinq observations.

En 1931, DEJOU décrit une observation d'arthrite onchocerquienne.

En 1932, HUARD énonce la différence fondamentale d'évolution et de traitement entre les arthrites septiques et aseptiques.

En 1940, HUARD et DEJOU proposent une classification des arthrites filariennes.

En 1958, COSTE et collaborateurs attirent l'attention sur le rhumatisme filarien.

En 1964, CABROL rapporte les résultats d'une étude portant sur 5.000 malades atteints de « pseudo-rhumatisme filarien ».

En 1968, VERHAEGUE et collaborateurs, à propos de deux observations, font le point sur les manifestations articulaires des filarioses et dissocient :

— le cadre du rhumatisme ou pseudo-rhumatisme filarien ;

— les arthrites réactionnelles de voisinage.

Nous allons faire un rappel des manifestations articulaires des filarioses en dissociant :

1° les arthrites réactionnelles aseptiques, septiques ;

2° le rhumatisme filarien.

I. — LES ARTHRITES REACTIONNELLES MONOARTICULAIRES

a) les arthrites septiques.

Se signalent par leur gravité, elles furent les premières connues et toujours dans le cadre de la dracunculose. Elles sont actuellement exceptionnelles en Europe.

Pathogénie : Elles sont comparables aux arthrites non filariennes. Elles apparaissent comme des complications de surinfection des arthrites aseptiques. Le staphylocoque est le germe le plus souvent en cause. La surinfection est d'origine exogène (ponction) ou endogène.

b) Les arthrites aseptiques.

Il s'agit d'arthrites réactionnelles à la présence d'un foyer parasitaire articulaire ou périarticulaire. Elles sont surtout le fait des filarioses sous microfilarémie.

Cliniquement : On est en face d'un malade présentant une monoarthrite, le genou est l'articulation la plus touchée. Le début est brutal souvent déclenché par un traumatisme. La douleur, souvent discrète, est d'horaire mécanique. Le genou, en position antalgique, est légèrement tuméfié, froid, siège d'un épanchement synovial d'importance variable. On constate une élévation thermique légère sans atteinte de l'état général.

Devant cette arthrite apparemment sans gravité

mais qui ne guérit pas, l'interrogatoire de ce malade, le plus souvent africain ou européen ayant séjourné en pays d'endémie, amène habituellement la notion de filariose. L'examen clinique apporte souvent une confirmation :

— En cas de dracunculose, on trouve fréquemment d'anciennes cicatrices d'ulcérations filariennes. On constate parfois la présence du ver sous la forme d'un cordon induré le long de la jambe lors de la palpation. L'amyotrophie quadricipitale est fréquente en cas d'atteinte du genou et les adénopathies presque constantes.

— Dans l'onchocercose, ce seront d'autres signes annexes, les onchocercomes sous-cutanés, des lésions de grattage, la découverte de microfilaires à l'examen ophtalmologique qui orientent le diagnostic.

Les examens biologiques non spécifiques : à l'hémogramme, une hyperleucocytose est fréquemment observée. Une hyperéosinophilie est constante, de peu de valeur diagnostic chez l'immigrant africain, elle est par contre un bon argument chez l'européen.

La VS est généralement élevée, correspondant à une élévation des alpha et des gamma-globulines à l'électrophorèse.

L'examen radiologique ne fait, le plus souvent, qu'affirmer l'intégrité des extrémités ostéo-articulaires. Parfois il montre la présence d'une filaire calcifiée.

La ponction articulaire, en cas d'épanchement, doit être faite avec des précautions d'aseptie rigoureuse. L'aspect du liquide synovial est variable, allant du liquide citrin au liquide puriforme aseptique. La cellularité est souvent élevée avec une prédominance habituelle des polynucléaires neutrophiles. Parfois une éosinophilie marquée, oriente le diagnostic. La présence de microfilaires, voire même de fragments de filaire de Médine est rare.

Waltzung et Bloch-Michel ont récemment proposé la recherche des rosettes filariennes qui consiste à mettre en présence des lymphocytes du liquide articulaire et des hématies sensibilisées par des antigènes filariens. Ce test permettrait d'affirmer le diagnostic de filariose ainsi que l'origine filarienne des manifestations articulaires.

L'examen anatomopathologique de la membrane synoviale prélevée soit par biopsie au trocart isolée ou avant arthroscopie, soit chirurgicalement au cours d'une synovectomie, montre :

Macroscopiquement :

franges synoviales épaisses, hyperplasiées ;

Histologiquement :

aspect de synovite, fragment de parasites coupés sous diverses incidences, des microfilaires.

L'arthroscopie réalisée sous anesthésie locale, permet de prélever du liquide, de voir la synoviale et de la biopsier.

Les réactions d'immunité :

— L'IDR à l'antigène filarien de l'Institut Pasteur ne se pratique plus car il manque de spécificité.

— Les antigènes filariens sont pour la plupart des précipitines qui peuvent être mises en évidences par différentes techniques immunologiques.

L'obtention des antigènes filariens pose un difficile problème. On utilise en général Dipetalonema Viteae filaire pathogène pour l'animal non pathogène pour l'homme mais dont les antigènes donnent des réactions croisées vis-à-vis des anticorps humains avec les filaires pathogènes pour l'homme.

Les diagrammes d'immunoélectrophorèse sont suffisamment différents dans l'onchocercose, la bancroftose et la loase, pour différencier ces trois filarioses par leur septémie précipitant majeur.

Evolution :

Hormis la surinfection microbienne, l'évolution de ces arthrites aseptiques est favorable avec cependant le risque de passage à la chronicité avec persistance d'une légère douleur, de l'article, d'une hydrarthrose.

II. — LE RHUMATISME FILARIEN

C'est une affection rare sous nos climats. Elle touche des sujets jeunes, des deux sexes. La race est la profession ne semblent pas intervenir, seuls l'habitat, l'infestation et les facteurs individuels relevant de l'immunologie priment.

Cliniquement :

Les douleurs ont un horaire particulier : exaspération vespérale et matinale dont l'origine serait due à la migration de microfilaires :

— une intensité variable pouvant être violente ;

— de type ténébrante, profonde, « osseuse » ;

— un siège divers, toutes les articulations peuvent être touchées, mais il existe une prédilection pour les articulations digitales, les poignets.

La fièvre n'est pas très élevée, de 37° 5 le matin à 38° 5 le soir dans les formes sévères. Elle se limite souvent à des crochets de courte durée ne coïncidant pas forcément avec une poussée articulaire.

Le prurit, plus évocateur, serait dû au déplacement des microfilaires sous la peau. Il peut être à l'origine

de lésions de grattage, et, dans les formes plus évoluées, de traînées lymphamgitiques et d'adénopathies de caractère inflammatoire.

L'examen clinique ne retrouve pas de signe d'inflammation très accusé : l'article est sec, la région tiède, la palpation ménagée peu douloureuse ainsi que la mobilisation effectuée lentement.

Les examens biologiques usuels témoignent d'un processus inflammatoire : vitesse de sédimentation accélérée, hyperleucocytose modérée, parfois hyperfibrinémie.

Un certain nombre d'arguments cliniques et biologiques doit faire évoquer l'étiologie filarienne devant cette atteinte polyarticulaire.

a) Cliniquement :

Le terrain et l'interrogatoire ont une importance capitale, il faut insister sur l'horaire particulier du maximum douloureux. Il faut rechercher les autres signes cliniques des filarioses avec microfilarémie.

b) Biologiquement :

L'élément d'orientation essentiel est l'hyperéosinophilie très marquée. Une fois le diagnostic évoqué, il est confirmé par la technique de la goutte épaisse qui met en évidence les microfilaires, ainsi que par les techniques immunologiques précédemment citées.

Evolution :

Tous ces symptômes disparaissent en deux ou trois jours, laissant des articulations intactes, tant cliniquement que radiologiquement.

Ces atteintes surviennent par crises plus ou moins rapprochées, un ou deux fois par mois. Il n'y a pas de séquelles articulaires entre les poussées.

EXPOSE DES OBSERVATIONS

Nous allons tout d'abord illustrer la pathologie rhumatologique classique métropolitaine. Nous avons choisi ces cinq observations pour montrer la diversité des problèmes posés au parasitologue.

1re OBSERVATION

Mlle CA..., Guadeloupéenne de 26 ans.

Consulte le 15-2-69 car il y a huit jours, survenue de douleurs au niveau de la hanche droite, à recrudescence nocturne, entraînant une gêne fonctionnelle. Deux jours après, nouvelle arthralgie au niveau de la médiocarpienne droite qui prend rapidement une allure inflammatoire. Le lendemain troisième localisation au niveau de la médiotarsienne droite.

Antécédents :

Déjà traitée dans le service pour taenia et ankylostomes. Hospitalisée en janvier pour traitement par l'ambilhar d'une bilharziose à schistosoma mansoni. Dernier taux d'éosinophilie à 21 %.

A l'examen on constate :

des arthralgies au niveau :

— de la hanche droite avec une douleur à la mobilisation passive et active avec un point douloureux à la pression du grand trochanter droit ;

— du poignet gauche avec une articulation rouge, chaude, douloureuse à la mobilisation ;

— de la radiocarpienne droite avec rougeur, augmentation de la chaleur locale.

Le reste de l'examen est normal, il n'y a pas de mouvement fébrile, la malade est hospitalisée.

Avec pour traitement 3 c. de Nubalgyl par jour, les arthralgies régressent rapidement ; au niveau du poignet, la douleur semble maintenant intéresser le cul-de-sac de la gaine radiale ; la pression du grand trochanter demeure douloureuse.

Une nouvelle localisation apparaît au niveau du pied gauche en fin d'hospitalisation.

Le bilan pratiqué n'a pas permis de déterminer une étiologie, mais l'origine infectieuse semble peu probable devant :

— la recherche de foyers infectieux (ophtalmo, O.R.L., dentaire, gynéco) est restée négative ;

— la température est demeurée normale, l'examen cardiaque était strictement normal, à l'ECG. l'espace PR était normal ;

— il existait une discrète leucopénie avec 4 % d'éosinophiles ;

— les A.S.L. étaient à 50 U., la fibrinémie à 6,3 g/l, la VS était accélérée à 72 mm à la première heure.

Rien en faveur d'une goutte :

uricémie à 42 mg/l.

Rien en faveur d'une rickettsiose :

les taux d'agglutinations effectués à l'Institut Pasteur à trois semaines d'intervalle n'étaient pas significatifs.

Rien en faveur d'une polyarthrite chronique débutante :

Waaler-Rose négatif, Latex négatif, recherche de cellules L.E. et d'anticorps anti ADN négative.

Clichés radiologiques normaux.

L'hypothèse d'une filariose est difficile à retenir :

Etant Guadeloupéenne, elle ne pourrait être atteinte que d'une wuchereriose dont cliniquement elle ne présente aucun signe, d'autre part, les tests d'immunodiffusion et l'analyse immunoélectrophorétique pratiqués à l'aide de l'extrait antigénique Dipetalonema Viteae ont permis de mettre en évidence un arc de précipitation qui ne semble pas correspondre à une précipitine spécifique.

L'électrophorèse de l'hémoglobine a décelé une hémoglobinopathie : une drépanocytose hétérozygote avec 27 % d'hémoglobine S.

La malade est revue en consultation en mars 69.

Il persiste une certaine douleur à la marche au niveau de la hanche droite. La douleur médiotarsienne gauche apparue peu avant la sortie, a totalement disparu.

Nouvelle consultation en novembre 69.

Les arthralgies ont réapparu il y a trois semaines après un séjour en haute montagne où elle a beaucoup souffert du froid. Apparition en outre, sur le dos de la main droite et derrière l'oreille droite, de petits nodules disparus en quelques jours.

Consultation en mars 71.

Depuis quinze jours, à nouveau douleur au niveau des chevilles qui sont discrètement augmentées de volume le soir, au niveau du fascia lata gauche ainsi qu'à la face antérieure des poignets.

Cet épisode a suivi une exposition au froid, on soulève l'hypothèse d'un syndrome rhumatismal développé par des troubles hémodynamiques, aux dépens de son hémoglobinopathie, favorisé par le froid.

Consultation en juin 71,

En ophtalmologie pour une iridocyclite bilatérale avec dépôt blanchâtre au niveau du vitré. La malade est hospitalisée.

L'examen clinique retrouve :

— une splénomégalie type I ;

— une douleur à la mobilisation des chevilles et des poignets sans signes inflammatoires ;

— un bon état général, pas de fièvre.

Le cliché thoracique montre des opacités hilaires polycycliques symétriques.

Les réactions tuberculiniques sont négatives alors que l'on possède la notion de cuti positive il y a trois ans.

La numération objective une leucopénie à 2 500 avec 10 % d'éosinophiles, la VS est à 28 mm à la première heure, la calcémie et la calciurie sont augmentées.

On évoque le diagnostic de sarcoïdose, la malade est mise aux corticoïdes.

Consultation en octobre 71.

Les adénopathies ont totalement régressées ; sur le plan ophtalmologique, l'examen à la lampe à fente est normal. Les arthralgies ont disparu.

En résumé :

Guadeloupéenne de 26 ans présentant des arthralgies multiples fugaces, avec signes inflammatoires. L'hospitalisation ne permet pas de déterminer l'étiologie, seule une hémoglobinopathie est décelée. Deux nouvelles poussées du syndrome rhumatismal, survenant après une

exposition au froid, font évoquer un moment un mécanisme hémodynamique. Ce n'est qu'ultérieurement, lors d'une nouvelle hospitalisation nécessité par une iridocyclite, que la clinique, la biologie, la radiologie et l'évolution nous permettent de conclure à une sarcoïdose dont la symptomatologie inaugurale aura été rhumatologique.

2e OBSERVATION

M. AS..., Ivoirien de 24 ans.

Consulte le 13-3-62 pour arthrite du genou droit.

Le début de l'histoire remonte au mois de janvier par l'apparition de douleurs articulaires, intéressant plusieurs articles.

Il s'agit de douleurs constantes, ne cédant pas au repos, à recrudescence nocturne, provoquant une insomnie.

Les articulations intéressées sont dans l'ordre :

— la méta-carpophalangienne des deux pouces ;

— les deux coudes ;

— les deux chevilles ;

— le genou gauche ;

— le genou droit.

Dans les antécédents, on ne retrouve aucune trace de pathologie parasitaire ou rhumatologique.

A l'examen :

Le genou droit est légèrement œdématié, chaud, douloureux dans son ensemble avec une prédominance au niveau de l'interligne articulaire. Un discret choc rotulien témoigne de l'hydarthrose. Les autres articulations précédem-

ment touchées, bien que d'aspect normal, sont encore un peu douloureuses à la mobilisation. La température est à 38°5, on note des sueurs profuses. Le reste de l'examen clinique est normal, en particulier cœur, aires ganglionnaires.

Le sujet est hospitalisé.

Le premier bilan montre :

— une hyperleucocytose à 9 000 avec 11 % d'éosinophiles ;

— une VS à 4 mm à la première heure ;

— des A.S.L. à 50 U, une fibrinémie à 3,5 g/l, une uricémie à 46 mg/l ;

— l'électrophorèse des protides montre une augmentation des gamma-globulines à 23 %.

Les clichés radiologiques des diverses articulations ne montrent aucune anomalie.

24 heures après son hospitalisation, le genou a repris un aspect normal, mais les douleurs persistent.

Le 18-3-62.

Apparition d'une douleur de la région trochantérienne gauche. Il s'agit d'un point douloureux exquis situé à la partie supéro-externe du grand trochanter. Les clichés radiologiques sont normaux.

Le bilan parasitaire effectué à l'entrée est normal. Le test à la Notizine est négatif, la VS s'accélère à 29 mm à la première heure. La température oscille entre 38° et 39°.

Le 21-3-62.

Apparition d'une nouvelle localisation douloureuse au niveau des deux articulations temporo-maxillaires, sans modification clinique. Le genou droit, pour sa part, augmente de volume, devient plus douloureux. Une ponction ne ramène pas de liquide.

Le 23-3-62.

Les algies temporo-maxillaires se calment tandis que la douleur du grand trochanter augmente d'intensité.

Une I.D. à la militine est négative.

L'électrophorèse de l'hémoglobine est normale.

On met en route un traitement anti-inflammatoire le 24 ; le 26, apparition d'un œdème douloureux de l'articulation interphalangienne du quatrième doigt de la main droite avec aspect en fuseau. On adjoint des antibiotiques. La température baisse, la VS tombe à 14 mm à la première heure, les douleurs à localisations multiples sont inchangées.

Le 31, on ajoute de la nivaquine. Le 5, la température est à 37°2. Les douleurs ont considérablement diminué d'intensité. La VS est à 5 mm à la première heure.

Le bilan parasitaire négatif, le test à la Notézine négatif nous fait éliminer une manifestation articulaire des filarioses. L'examen clinique, les examens complémentaires nous font éliminer une mélitococcie.

Les articulations sacro-iliaques et le rachis étant normaux, devant ce rhumatisme manifestement inflammatoire, on retient comme diagnostic : rhumatisme subaigu de l'adulte.

Le malade sort le 4-5-62, il n'a plus de douleurs, la VS est normale.

Résumé :

Ivoirien de 24 ans, hospitalisé pour polyarthralgies, arthrite du genou. Les divers examens cliniques, biologiques, radiologiques nous font porter le diagnostic de rhumatisme subaigu de l'adulte. Un traitement par anti-inflammatoire et antibiotiques assurent une guérison avec un recul de 10 ans.

3e OBSERVATION

M. CA..., Voltaïque, 25 ans.

Consulte le 24-9-65 pour :

Polyarthralgies fébriles ayant débuté il y a trois jours avec atteinte successivement du genou gauche, de la tibio-tarsienne droite et du poignet gauche. Les articulations prennent rapidement tous les caractères de l'inflammation. Le patient est hospitalisé.

Dans les antécédents, on ne retrouve pas de manifestations rhumatologiques, au point de vue parasitaire, le patient signale une bilharziose intestinale ancienne.

A l'examen clinique :

La cheville droite n'est pas œdématiée, un peu plus chaude cependant que la gauche. Les mouvements sont limités. Le genou gauche est très augmenté de volume, tous les caractères de l'inflammation sont présents. L'impotence fonctionnelle est absolue. Le poignet gauche est de volume normal, seule l'extension est limitée.

Le genou droit ainsi que le genou gauche, jusqu'alors indemnes, deviennent douloureux et l'on note l'apparition de signes inflammatoires. Par ailleurs, le malade ressent des difficultés à la miction avec émission d'une goutte purulente le matin.

Le reste de l'examen clinique est normal, la température est à 38°.

Les examens complémentaires montrent :

— une NFS normale avec 3 % d'éosinophiles ; un E.C.G. normal ;

— une VS à 30 mm à la première heure ;

— l'uricémie est à 55 mg/l, la fibrinémie est à 6,75 g/l.

Le prélèvement urétral : présence de nombreux polynucléaires, de diplocoques extra et intracellulaires.

Sous antibiotiques associés à des anti-inflammatoires, l'évolution est favorable. 36 heures après, la température est à 37°, les douleurs ont beaucoup régressé.

Une semaine plus tard, une numération montre 13 % d'éosinophiles pour 4 000 GB. La VS est à 32 mm à la première heure.

L'état clinique est satisfaisant.

Les examens biologiques demandés à l'entrée pour faire le point de la bilharziose, ne montrent que des stigmates d'infestation :

— la réaction péricercarienne de Vogel et Minning est douteuse ;

— le test d'immunodiffusion et l'analyse immunoélectrophorétique avec des extraits antigéniques de Schistosoma mansoni ne montrent aucun arc de précipitation ;

— la biopsie rectale montre des inclusions d'assez nombreux œufs calcifiés de schistosoma à éperon terminal.

Résumé :

Africain de 25 ans, hospitalisé pour des polyarthralgies, arthrite du genou gauche en rapport avec une gonococcie. Evolution favorable sous traitement.

4e OBSERVATION

Mme SI..., Malienne, 20 ans.

Consulte le 26-11-69 pour une fièvre vespérale avec frissons, céphalées, sueurs, douleurs abdominales depuis le 18 novembre, soit dix jours après son arrivée en France.

Antécédents :

Syndrome rhumatismal depuis l'âge de dix ans, à type de douleurs osseuses fulgurantes en décharge, dans les bras, les jambes, entraînant une impotence lors des crises. Sans risques inflammatoires.

La malade est hospitalisée du 26-11-69 au 11-12-69 pour bilan.

On élimine un paludisme de reviviscence avec :

— des frottis gouttes épaisses à la recherche de plasmodium négatifs ;

— un séro-diagnostic du paludisme par immunofluorescence positif à 1/20e seulement.

Par contre, on suspectera une hémoglobinopathie devant :

— présence d'hématies cibles à la numération formule sanguine ;

— une dysplasie fibreuse des os réalisant une hyperostose de la corticale avec un aspect non homogène de la médullaire au niveau de la moitié inférieure des deux fémurs.

L'étude biochimique de l'hémoglobine en apportera confirmation :

— présence d'hémoglobine C 55 % ;

— présence d'hémoglobine S 45% ;

— absence d'hémoglobine A.

L'évolution étant favorable sous traitement, la patiente quitte le service.

Nouvelle hospitalisation du 23-12-69 au 27-12-69 pour garalgies gauches avec modification des parties molles périarticulaires.

Image radiologique normale.

On prescrit une immobilisation du membre en gouttière, plus la prise de Trancopal. L'amélioration est rapide, sortie.

Le 17-1-70, consultation :

Depuis une semaine, impotence fonctionnelle absolue en raison de l'augmentation des signes inflammatoires locaux au niveau de la face interne du genou gauche. A ce niveau, il existe une augmentation du volume des parties molles qui sont chaudes, très douloureuses.

M^me^ SI... est hospitalisée : spontanément, l'évolution est marquée par une disparition progressive de tous les caractères inflammatoires permettant la reprise de la marche normale. Toutefois, à partir du 10 février, on assiste à une réapparition progressive du syndrome inflammatoire pour aboutir à la naissance d'une collection purulente fluctuante, grosse comme une orange, à la face interne du genou gauche.

Les examens complémentaires montreront :

— une anémie hypochrome avec une très forte anisocytose, asinochromie et poïkylocytose. Sans thrombopénie, sans hyperleucocytose, un fer sérique à 30 gamma/100 ml, une bilirubinémie directe à 8 mg/l ;

— un syndrome inflammatoire :

VS à 15 mm à la première heure, fibrinémie à 6,9 g/l, gammaglobuline à 34 % à l'électrophorèse des protides ;

— la confirmation des anomalies radiologiques :

uniquement localisées aux niveaux des deux fémurs avec secondairement apparition sur le bord interne de la diaphyse fémorale gauche, au-dessus du condyle interne, d'une apposition périostée évocant une poussée d'ostéite ;

— la présence de pus à la ponction de la masse où le laborantin isolera des salmonelles.

Au total : on se trouve devant une ostéite greffée sur une hémoglobinose. La malade est transférée à la clinique de la Porte de Choisy où la collection purulente est excisée par le professeur agrégé Letournel.

Le 17-6-70 :

La malade est revue en consultation, l'examen clinique est normal. M^me^ SI... va bien.

Le 5-10-70 :

Elle consulte pour gonalgies droites. L'aspect clinique du genou est normal. Les radiographies ne montrent rien de nouveau.

Le 12-2-71 :

Nouvelle hospitalisation motivée par l'apparition d'une fistule au tiers inférieur de la face interne du fémur gauche.

Transfert à la clinique de la Porte de Choisy, où le professeur agrégé Letournel procède à l'excision des parties nécrosées.

Le 17-1-172 :

Consultation : sur le plan osseux, évolution satisfaisante ; par contre apparition d'un taeniasis. Prescription de Trédémine. Identification des anneaux au laboratoire qui confirme qu'il s'agissait d'un taenia saginata.

La patiente sera revue en juin 72 pour une grossesse débutante. Elle ne se plaint d'aucune manifestation rhumatologique.

Résumé :

Malienne de 20 ans. Atteinte d'une hémoglobinose SC, présentant des douleurs osseuses multiples, fugaces, récidivantes. Hospitalisée pour une ostéite greffée sur une anomalie osseuse engendrée par son hémoglobinopathie.

5e OBSERVATION

Mme KA..., Sénégalaise de 26 ans.

Consulte le 13-6-67 pour une arthrite temporo-maxilaire bilatérale et une lombosciatique droite. La malade est hospitalisée.

Les douleurs ont débuté de façon brutale le 2 mai 1967, localisées à l'articulation temporo-maxillaire droite, sans irradiations, déclenchées par les mouvements de la mâchoire. Il n'y a aucun signe associé, pas de mouvement fébrile. Au bout de dix jours, apparaît une douleur de la cuisse et de la fesse droite qui irradie progressivement à la région lombaire droite. Elles sont plus importantes quand la patiente est debout, quand elle marche. Cependant elles surviennent aussi la nuit et empêchent le sommeil. Ces douleurs s'accentuent progressivement, une douleur apparaît au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, la malade est gênée pour s'alimenter.

Dans les antécédents on note :

— un ulcère du bulbe découvert en 1965 ;

— une vaccination contre la variole en 1967 ;

— pas d'antécédents parasitaires ni rhumatologiques.

A l'examen clinique, le trismus est important, avec vive douleur des articulations temporo-maxillaires. Présence d'une adénopathie cervicale droite non inflammatoire. Lassègue à 70°, réflexes ostéotendineux normaux.

Le reste de l'examen clinique est normal en particulier au point de vue dentaire et O.R.L. La température est inférieure à 37°.

Les examens complémentaires montrent :

— une discrète anémie, avec une formule normale ;

— la VS est à 56 mm à la première heure, l'uricémie est normale ;

— l'électrophorèse de l'hémoglobine est normale ;

— l'électrophorèse des protides perturbée, augmentation discrète des alpha 2 globulines à 13 % et des gamma globulines à 22 %.

La radiographie des poumons est normale, l'E.C.G. est normal. Les radios des articulations temporo-maxillaires montrent des lésions bilatérales, prédominant à droite, caractérisées par des microgéodes.

En cours d'hospitalisation, la malade se plaint d'une douleur cervicale importante avec raideur, rendant tout mouvement du cou impossible. Par contre, la douleur sciatique a complètement disparu, les douleurs temporo-maxillaires se sont considérablement améliorées et la malade s'alimente normalement.

Début juillet, les douleurs ont quasiment disparu, l'adénopathie sous angulo-maxillaire droite a régressé. La VS est à 35 mm à la première heure. La malade quitte le service.

Quinze jours plus tard, réhospitalisation pour douleurs lombaires si violentes qu'elles ne sont calmées que par le Palfium. La VS est à 28 mm à la première heure, la numération confirme la discrète anémie avec une formule normale mais présence de deux cellules à cytoplasme hyperbasophile.

Les sérodiagnostics de brucellose et T.A.B. sont négatifs. Les tests au latex, de Waaler-Rose sont négatifs. La recherche de cellules L.E., d'anticorps anti A.D.N. est négative.

Une semaine plus tard, les douleurs lombaires ont régressé mais la malade se plaint d'un point douloureux précis à la partie interne du tiers supérieur du tibia droit. Il n'y a aucune modification du genou. Les autres douleurs ont

complètement disparu. La malade quitte le service le 12 août 1967.

Elle sera revue en 1968 en consultation pour :

— un point douloureux scapulo-huméral droit ;

— une arthralgie tibiotarsienne droite.

Depuis elle ne présente plus de manifestations douloureuses.

Résumé :

Ostéo - arthrite temporo - maxillaire bilatérale ayant débuté à droite, s'étant accompagnée d'une lombo-sciatique puis secondairement d'un torticolis.

La température a toujours été normale. La VS a atteint 45 mm à la première heure. Aucun foyer infectieux n'a été décelé. Le bilan parasitaire était normal.

Spontanément, les signes ont régressé, sans aucun traitement (l'existence d'un ulcère du bulbe qui a déjà présenté des complications hémorragiques ayant contre-indiqué tout anti-inflammatoire) l'état de la malade s'est amélioré. La VS s'est normalisée. La malade ayant été vaccinée contre la variole un mois auparavant, on soulève l'hypothèse d'une arthrite post-vaccinale.

COMMENTAIRES

Le recrutement particulier de notre consultation, constitué en majorité par des étudiants transplantés vivant en Cité Universitaire, et par des sujets de race noire, explique que la pathologie rhumatismale rencontrée ne soit pas superposable à celle d'une consultation de rhumatologie classique.

Pour souligner le grand éventail des étiologies rencontrées, nous avons exposé un cas d'arthrite gonococcique,

un cas de manifestations ostéo-articulaires d'une hémoglobinopathie, un cas de carcoïdose de B.B.S. dont la symptomatologie inaugurale est rhumatologique, un cas d'arthrite post-vaccinale et un cas de rhumatisme subaigu de l'adulte.

EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Nous allons maintenant illustrer les manifestations ostéo-articulaires des parasitoses que l'on rencontre actuellement en France.

1re OBSERVATION

M. FE..., étudiant français âgé de 24 ans.

Consulte en janvier 1971 pour arthralgies fugaces et récidivités des deux poignets.

Le début de l'histoire coïncide avec un stage de topographie effectué de juillet à décembre 1970, dans le sud marocain, avec en particulier, deux séjours à Agadir et à Massa où l'on construisait un barrage.

Pendant son séjour à Massa, de début août à octobre, M. FE... prenait une fois tous les deux ou trois jours, un bain dans l'Oued qui traverse Massa.

Durant ces six mois de stage au Maroc, il n'a pas ressenti de troubles digestifs. Fin octobre, brutalement la nuit, il ressent de vives douleurs au niveau de l'articulation du poignet gauche, puis du poignet droit. Sans modification visible des articles et avec régression spontanée le lendemain matin. Ces arthralgies n'ont pas été précédées d'angines, il n'a pas d'antécédents goutteux connus.

Fin novembre, il constate une tuméfaction du testicule gauche pendant quatre jours. Sans fièvre, sans signes

urinaires et de régression spontanée. Il n'y a pas eu de contage vénérien.

Depuis son arrivée en France, il y a environ un mois, il a eu une nouvelle crise douloureuse localisée au poignet gauche ayant les mêmes caractéristiques que la première décrite ci-dessus.

Dans les antécédents, on ne note aucune affection rhumatologique, aucune parasitose.

A l'examen clinique :

— les deux poignets sont normaux, les articulations sont libres et non douloureuses ;

— le testicule gauche est normal mais la queue de l'épididyme est un peu augmentée de volume ; le testicule droit ainsi que l'épididyme sont normaux.

Le reste de l'examen clinique ne décèle aucune anomalie, la température est à 37°1.

On demande un bilan sanguin d'orientation qui montre :

— une hyperleucocytose à 12 000 dont 34 % d'éosinophiles ;

— un hématocrite à 49 %, une hémoglobine à 15,3 g/l ;

— une VS à 14 mm à la première heure ;

— une uricémie à 59 mg/l.

Nouvelle consultation le 10-2-71.

Dans l'intervalle, le patient n'a pas présenté de nouvelles manifestations articulaires douloureuses.

Devant ce tableau associant :

— une éosinophilie à 34 % ;

— l'augmentation du volume de la queue de l'épididyme ;

— des arthralgies fugaces,

on demande un bilan parasitaire orienté vers la recherche d'une bilharziose qui montrera :

— dans les selles, présence d'œufs de giardia lamblia ;

— dans les urines, très rares œufs de schistosoma haematobium.

A la rectoscopie : rectosigmoïde normospasmodique, muqueuse tout à fait normale sans aucune déformation des valvules. Pas de lésions folliculaires.

La biopsie systématique sous inclusion : présence de quelques coques de schistosoma haematobium.

La réaction péricardienne de Vogel et Minning sera positive ++ à +++.

L'immunofluorescence sera positive à 1/80, douteuse à 1/160.

Le diagnostic de bilharziose étant posé, le malade est hospitalisé pour un traitement par l'ambilhar à raison de 25 mg/kg.

Au cours de l'hospitalisation, l'urographie intraveineuse montrera l'intégrité de l'arbre urinaire, le bilan hépatique sera normal. L'éosinophilie sera confirmée à 36 % par 10 800 globules blancs. Le traitement sera bien supporté.

Nouvelle consultation en décembre 1971.

M. FE... va bien, il n'a pas eu de nouvelles manifestations douloureuses. L'examen clinique est normal.

Le bilan parasitologique de contrôle montre :

— examen parasitologique des urines négatif ;

— immunofluorescence contre schistosomes : négatives ;

— réaction péricercarienne de Vogel et Minning négative.

Résumé :

Etudiant français de 24 ans, présentant des arthralgies fugaces et récidivantes au niveau des poignets pendant et au décours d'un séjour au Maroc.

Le bilan parasitaire a révélé une bilharziose intestinale en évolution. Le traitement par Ambilhar a assuré la guérison des manifestations rhumatologiques et de la bilharziose.

2e OBSERVATION

Mlle GH..., Algérienne âgée de 20 ans.

Consulte le 30-11-65 pour des arthralgies du genou et de la cheville gauches accompagnées de phénomènes dermiques inflammatoires, prorigineux, fugaces et migrateurs localisés au membre inférieur gauche.

Dans les antécédents, on note :

Séjour au Cameroun en 1965. Au début du mois de juillet, lors d'une promenade esur la route de Edea à Kribi, vers la frontière du Gabon, abandonnant sa voiture, ele s'aventure dans les herbes et ressent une piqûre au niveau du cou-de-pied gauche d'intensité modérée mais qui, quelques minutes plus tard, prendra un caractère nettement plus douloureux. Le soir même et le lendemain, constitution d'un œdème local avec un bourrelet inflammatoire, sans prurit ni manifestations d'ordre général, qui disparaîtra les jours suivants.

A l'examen :

Le genou gauche et la cheville gauche sont douloureux dans leur ensemble. Il n'existe aucun autre signe de la série inflammatoire.

On note la présence d'un œdème dur, érythémateux, prurigineux en plaque à la face antérieure du cou-de-pied gauche, qui évolue depuis quelques jours.

Ces phénomènes inflammatoires cèderont spontanément mais rechuteront au bout de trois semaines. Par contre, les arthralgies seront continues et deviendront extrêmement vives.

Le bilan parasitologique montre :

— une éosinophilie à 21 % pour 10 400 globules blancs ;

— un examen de selles négatif ;

— une recherche de microfilaires diurne et nocturne ainsi qu'un frottis goutte épaisse et leucoconcentration négatifs ;

— un frottis capillaire prélevé au niveau des lésions cutanées est stérile.

La malade est revue mi-janvier :

— un hémogramme montre 43 % d'éosinophiles pour 9 400 globules blancs ;

— une réaction péricercarienne de Vogel et Minning négative ;

— l'état clinique est inchangé.

Nouvelle consultation mi-février :

On note l'apparition d'un œdème inflammatoire non prurigineux de la face interne du poignet droit remontant au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit qui s'accompagne :

— d'arthralgies au niveau de l'articulation scapulo-humérale droite sans impotence fonctionnelle, sans signe de lymphangite mais avec des douleurs à la pression des masses musculaires ;

— de l'apparition d'un nodule inflammatoire de la face interne du molet gauche.

Fin février, ce nodule est biopsié :

L'étude histologique effectuée par le Docteur MARTIN montre : présence de macrofilaires dont le type n'a pu être précisé.

Début mars, on commence progressivement une cure d'Hétrazan qui ne provoque pas de réactions prurigineuses généralisées mais :

— l'apparition d'un œdème érythémateux et prurigineux du bord interne du pied gauche ;

— une recrudescence des myalgies et des arthralgies au niveau des épaules et du genou gauche ;

— l'installation d'un état nauséeux accompagné de quelques faux vertiges.

Fin avril, après la première cure : persistance de quelques myalgies, d'un œdème non douloureux, non prurigineux, l'éosinophilie est à 5 %.

Mi-juin, après la deuxième cure : disparition des signes cliniques, l'éosinophilie est à 4 %.

Fin novembre, après la troisième cure : il n'y a pas eu de nouvelles manifestations, l'examen clinique est normal. L'éosinophilie est à 2 %.

Résumé :

Algérienne de vingt ans, venue consulter pour des arthralgies accompagnées de manifestations œdémateuses fugaces à la suite d'un séjour au Cameroun. L'éosinophilie est à 21 %, puis 43 %. La biopsie d'un nodule inflammatoire apparu en cours d'évolution, permet l'extirpation d'un macro-

filaire. Après trois cures d'Hétrazan, la disparition des manifestations rhumatismales, la persistance d'une éosinophilie inférieure à 5 % font conclure à la guérison.

3e OBSERVATION

Mme BO..., infirmière française de 29 ans.

Consulte le 12-5-71 pour l'apparition de douleurs profondes (elle les qualifie plus exactement « d'osseuses ») au niveau du bras droit, un matin au début du mois de mai. Ces douleurs sont accompagnées d'arthralgies du coude et du poignet, de prurit du membre supérieur droit. Ces manifestations évoluent dans un contexte fébrile à 38°.

Dans les antécédents, on note un séjour en Haute-Volta pendant lequel elle a eu des contacts aquatiques fréquents par des bains dans les marigots et par l'absence de port de chaussures.

A l'examen :

On est frappé à l'inspection par une différence de coloration nette à moitié de l'avant-bras droit, la partie inférieure étant plus pigmentée que la partie supérieure.

L'œdème a régressé mais il persiste un léger gonflement des téguments sans signe du godet, avec augmentation de la chaleur locale au niveau de l'avant-bras droit.

Les articulations du coude et du poignet demeurent légèrement douloureuses mais sont cliniquement normales. On retrouve une adénopathie axillaire douloureuse. Le reste de l'examen clinique, en particulier sur le plan ophtalmologique est normal. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas d'hyperthermie.

Le bilan biologique met en évidence :

— une hyperéosinophilie à 13 % pour 8 100 globules blancs ;

— une VS accélérée à 22 mm à la première heure ;

— une fibrinémie à 4,5 g/l.

La biopsie cutanée exsangue n'a pas retrouvée de parasite.

Un test d'immunodiffusion et d'analyse immunoélectrophorétique effectué à l'aide d'antigène filarien Dipetalonema Viteae et Onchocerca Volvulus, ont permis de mettre en évidence un arc de précipitation dont il est difficile d'affirmer la spécificité.

Une réaction d'immunofluorescence est positive à 1/160°.

La patiente est revue en consultation deux mois plus tard.

Dans l'intervalle, il y a eu une période de rémission, mais depuis une semaine, la tuméfaction du poignet droit est à nouveau perceptible, l'avant-bras est le siège d'une éruption prurigineuse.

Nous pratiquons un test de Mazzotti qui provoque à la suite de la prise d'1/8° de comprimé de Notézine :

— une augmenttaion considérable du prurit ;

— une reprise de l'œdème jusqu'au coude ;

— une recrudescence des arthralgies du poignet et du coude.

La malade est mise à quatre comprimés de Notézine par jour, on demande un nouveau test immunologique qui montre :

— un arc de précipitation spécifique pour Dipetalonema Viteae, trois arcs pour Onchocerca Volvulus ;

— une réaction d'immunofluorescence négative ;

— une réaction d'hémagglutination positive à 1/1 024e ;

— conclusion : augmentation du taux des anticorps depuis le précédent examen, onchocercose immunologiquement confirmée.

La malade est revue en décembre 1971.

Depuis la fin du traitement, ele n'a plus ressenti de manifestations articulaires douloureuses, pas de prurit.

L'examen clinique est normal.

Résumé :

Jeune femme de nationalité française, présentant des arthralgies multiples, des douleurs osseuses au décours d'un séjour en Haute-Volta. Les examens biologiques ont décelé une filariose à Onchocerca Volvulus de primo-infection.

Le traitement par la Notézine a assuré la guérison.

4e OBSERVATION

M. KA..., Camerounais de 23 ans.

Hospitalisé le 10-5-69 pour bilan et traitement d'un syndrome rhumatismal inflammatoire d'apparition soudaine. Dans la nuit, il y a six jours, douleurs au niveau des hanches avec apparition de nodules sous-cutanées au niveau des grands trochanters droit et gauche, au bord interne du plateau tibial droit, ainsi que l'apparition d'une douleur au niveau d'un nodule sous-cutané latéro-thoracique droit ancien, jusque-là indolore.

Dans les antécédents, on note une strongyloïdose avec sténose incomplète du pylore en cours de traitement.

L'examen clinique se heurte à un état hyperalgique entraînant une impotence fonctionnelle relative au niveau de l'épaule droite, des deux hanches et du genou droit. La mobilisation passive de ces articulations est possible et peu douloureuse car la douleur est à maximum périarticulaire au niveau des nodules. L'état général est bien conservé malgré une température oscillant entre 38°5 et 39°5. On retrouve des nodules sous-cutanés au niveau :

— de la face interne du genou droit, très douloureux, existant depuis une dizaine d'années mais jusque-là indolore et de moindre volume ;

— du gril costal, douloureux à la palpation, d'aspect non inflammatoire ;

— de la tubérosité trochantérienne droite et gauche, n'existant pas auparavant, très douloureux, inflammatoire, du volume d'une noisette ;

— du creux axillaire droit, très douloureux et inflammatoire.

Le reste de l'examen clinique est normal.

Les examens complémentaires montrent :

— une éosinophilie à 10 % pour 5 400 globules blancs ;

— une VS accélérée à 40 mm à la première heure ;

— quatre hémocultures négatives ;

— les A.S.L. sont à 50 U, la fibrinémie est à 6,10 g/l, l'électrophorèse des protides atteste une augmentation des gamma globulines à 28 % ;

— l'électrophorèse de l'hémoglobine est normale, les tests de Coombs direct et indirect sont négatifs ;

— une intradermo à la lépronine est négative ; deux prélèvements nasaux à la recherche du bacille de Hansen sont négatifs.

Le malade est mis à la nivaquine, les douleurs diminuent d'intensité, la température se maintient au-dessous de 38°.

Deux nodules, thoracique et trochantérien, sont biopsiés : il s'agit de nodules fibreux, blanchâtres, de 8 mm de diamètre. A l'ouverture on trouve un amas de macrofilaires pelotonnées d'Onchocerca Volvulus.

Le 4-6-69, on met en route un traitement par la Notézine. Cinq jours plus tard, apparition d'une lymphangite superficielle très prurigineuse avec recrudescence des arthralgies.

Les tests d'immunodiffusion et l'analyse immunoélectrophorétique pratiquée à l'aide de l'extrait antigénique Dipetalonema Viteae ont permis de mettre en évidence trois arcs de précipitations spécifiques.

Conclusion : Présence d'anticorps spécifiques, filariose immunologiquement confirmée, tracé en faveur d'une onchocercose.

Le 13-6-69 on biopsie le nodule du genou droit. L'examen de la pièce montre les restes d'un kyste onchocerquien avec un amas de macrofilaires d'Onchocerca Volvulus.

Une semaine plus tard, le patient quitte le service. Il est apyrétique, les douleurs ont totalement disparu.

Résumé :

Camerounais de 23 ans, hospitalisé pour la survenue brutale de polyarthralgies avec signes inflammatoires, accompagnées de nodules sous-cutanés douloureux.

La biopsie d'un nodule et les tests immunologiques ont montré l'origine filarienne de ces manifestations. Le traitement par la Notézine complété par l'ablation des nodules douloureux a assuré la guérison.

COMMENTAIRES

Nous n'avons pas illustré le chapitre des « arthrites à protozoaires », car les manifestations ostéo-articulaires y sont à la fois frustes et rares.

Nous avons exposé un cas de primo-infection de bilharziose urinaire chez un jeune français s'accompagnant d'arthralgies multiples, car il réalise un tableau rhumatismal comparable à celui décrit par COSTE dans la filariose sous le vocable de « rhumatisme filarien ».

Dans ce cadre du rhumatisme filarien, nous avons exposé trois observations :

— la première est une filariose dont le type n'a pu être déterminé mais dont la symptomatologie clinique est en faveur d'une Loase ;

— la deuxième est une filariose à Onchocerca Volvulus de primo-infection ;

— la troisième est une filariose à Onchocerca Volvulus.

Ces trois observations ne posent pas de problème diagnostic, en effet la clinique, l'étude immunologique et anatomopathologique concordent.

Elles ne présentent que peu d'atypies par rapport à a description de Coste, en effet :

— atteintes des petites articulations ;

— pas de manifestations inflammatoires importantes cliniquement ;

— évolution par poussées ;

— disparition des manifestations rhumatologiques avec la guérison de la filariose ;

— pas de séquelles.

Nous n'avons pas illustré le cadre des arthrites septiques et aseptiques plus fréquentes dans la filariose de Médine, car nous n'en avons eu aucun cas à notre consultation.

CONCLUSIONS

Nous avons exposé les problèmes rhumatologiques que rencontrent actuellement les parasitologues en consultation.

Nous avons montré qu'ils relevaient de deux origines totalement distinctes :

— la pathologie rhumatismale classique ;

— les manifestations rhumatologiques des parasitoses.

La quasi-totalité des manifestations ostéo-articulaires parasitaires est due à la filariose. Les atteintes articulaires liées à la filariose sont polymorphes et réalisent des tableaux cliniques en apparence banals. Nous avons adopté la pratique devenue classique de distinguer :

— Les arthrites « réactionnelles » au voisinage des foyers de parasites, aseptiques ou septiques, secondaires à la surinfection exogène d'un abcès filarien fistulisé à la peau. Elles sont surtout le fait des filarioses sans microfilarémie, c'est-à-dire : l'onchocercose et la dracunculose.

— Le rhumatisme filarien, polyarticulaire d'origine allergique décrit par F. COSTE et collaborateurs en 1958. Il est principalement le fait des filarioses avec microfilarémie : la loase et la bancroftose.

Bien que l'étiologie filarienne soit rarement en cause, il faut savoir l'évoquer ; pour ce faire, l'interrogatoire est un temps capital de l'examen, retrouvant la possibilité d'infestation parasitaire lors d'un séjour en zone d'endémie filarienne.

A côté des données classiques de la parasitologie classique, les méthodes modernes d'investigations et en particulier, les diverses techniques immunologiques prennent aujourd'hui une part de plus en plus importante dans l'établissement du diagnostic. Un tel diagnostic est d'importance, car les manifestations articulaires des filarioses sont curables par un traitement spécifique qui ne présente pas de particularité et consiste essentiellement en celui de la filariose elle-même.

Dans notre étude, nous n'avons exposé qu'un aspect des manifestations articulaires des filarioses en l'occurence, le cadre du rhumatisme filarien.

La rareté des observations de filarioses provoquant des manifestations ostéo-articulaires évolutives en France, rend compte de leur caractère exceptionnel en pratique rhumatologique ; cependant, il nous a semblé intéressant de rapporter ces quelques cas.

BIBLIOGRAPHIE

ADVIER et DEJOU L.

Arthrite aiguë du genou avec présence d'embryons d'Onchocerca Volvulus dans le liquide articulaire.
Bull. Soc. Patho. Exo., 1938, **10**, 727-730.

BATARD Ph.

Les arthrites filariennes. A propos de six observations.
Thèse Paris, 1967.

BEASLAY E.

Contribution à l'étude de la sarcoïdose articulaire.
Thèse Paris, 1962.

BIGUET S., CAPRON A., TRAMUANSKY P.

Le diagnostic immunologique des parasitoses humaines.
Lille méd., 1967, **12**, 43-52.

CABROL J.

Pseudo rhumatisme filarien.
Bull. Soc. Path. Exot., 1964, **3**, 547-557.

CAPRON A., GENTILINI M., VERNES A.

Diagnostic immunologique des filarioses. Possibilités nouvelles offertes par l'Immunoélectrophorèse.
Pathol. Biol. Paris, 1968, **16**, 1039-1046.

CHABAL J. et coll.

A propos des lésions arthrosiques d'origine filarienne.
Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Lang. Fr., 1966, **11**, 625-627.

CHARMOT G., DUCLOUX M., DUCLOUX J.-M. et CARBON M.

Les lésions osseuses de la drépanocytose.
J. Radiol. Electrol., 1966, **47**, 830-831.

COSTE F., CAYLA J., MOLINARD R.

Rhumatisme filarien.
Revue du Rhumatisme, 1958, **25**, 728-732.

COSTE F., DELBARRE F., AMOR B.

Que reste-t-il des arthrites gonococciques.
Revue Prat., 1963, **13**, 3715-3732.

COSTE F., CHABOT J.

Polyarthrites fébriles, premières manifestations de B.B.S.
Revue du Rhumatisme, 1953, **20**, 154-157.

DEJOU L.

Les arthrites des filarioses.
Press. Méd., 1940, **2**, 203-204.

DESVIGNES.

Arthropathies filariennes.
Thèse Cochin, 1971.

DESROY M., BORDERON E.

Quelques affections ostéo-articulaires exotiques actuellement observées en France. In S. de Sèze, A. Ryckewaert, J. Welfling et M.-F. Kahn.
L'actualité rhumatologique présentée au praticien.
Expansion scient. franç. Paris, 1966, 134-141.

DORFMANN H., de SEZE C.

Monoarthrites filariennes. A propos d'un cas diagnostiqué par arthroscopie.
Nouv. Press. Méd., **15**, 1013-1016.

GAILLARD H., BRUMPT L.

Diagnostic des filarioses.
Rev. Prat., 1965, **15**, 209-219.

GENTILINI M., LAGARDERE B.

Les filarioses.
Rev. Prat., 1970, **20**, 25-42.

GIRGES M.R.

Schistosomial arthritis.
Rheumatism, 1966, 22.

GUERIN B.

Les atteintes articulaires liées à la filariose. In l'actualité rhumatologique présentée au praticien. Paris 1970.
Expansion scient. franç., 122-129.

HUARD P.
Quelques remarques sur les arthrites par vers de Guinée.
Bull. Soc. Path. Exo., 1938, **31**, 722-725.

JULLIARD A.
Arthrites mycosiques et parasitaires.
Press. méd., 1961, **69**, 977.

KHOTARI M.L. et coll.
Guinea - worm arthritis of Knee-Joint.
Brit. Med. ., 1968, **3**, 435-436.

LAGRAULET J.
Onchocercose.
E.M.C. Maladies infectieuses.

LAMY M., FREZAL J., JOSS J., GROUCHY J. (de).
Les lésions osseuses de la drenpanocytose.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1962, **113**, 842-847.

LAYANI F., CHAOUAT Y., BRAUN S.
Localisations ostéo-articulaires de B.B.S.
Sem. Hôp. Paris, 1959, **35**, 1286-1289.

REDDY C.R. et coll.
Guinea - worm arthritis of Knee-Joint.
Brit. Med. J., 1968, **1**, 155-156.

ROBERT F.
Les manifestations osseuses de la maladie de B.B.S.
Sem. Hôp. Paris, 1949, **25**, 2327-2330.

ROUSSEAU J.-C., D'ANGLEJAN G., DURIEU J.
Manifestations ostéo-articulaires des hémoglobinopathies.
In l'actualité rhumatologique présentée au praticien, Paris.
Expansion scient. franç., 1966, 158-166.

VERHAEGUE A., DELCAMBRE B., ZYLBERBERG G.
Arthrites aseptiques au cours des filarioses.
Rev. du Rhumatisme, 1968, **35**, 514-520.

WERHAEGUE A., LESAGE R., DELCAMBRE B. et coll.
Manifestations articulaires au cours des filarioses.
Lille Méd., 1968, **13**, 597-603.

WALTZING P., BLOCH-MICHEL H.
Le phénomène des rosettes filariennes, intérêt pour le diagnostic des arthrites filariennes.
Press. Méd., 1971, **46**, 2061-2063.

VU

ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN :

M. H. JEROME.

LE RECTEUR
DE L'ACADEMIE DE PARIS :

M. MALLET.